

# Lindrende (palliativ) behandling ved prostatakræft

Af overlæge Helle Hvarness,  
Urologisk Klinik, Rigshospitalet



Jørgen Jørgensen Fotografi ©

## Indledning

Ifølge WHO's definition fra 2002 er palliation at forebygge og lindre lidelse hos patienter med en livstruende sygdom ved at sikre diagnostik og behandling af smerter og andre problemer af såvel fysisk, psykisk, social som åndelig art. Formålet er at fremme livskvaliteten, og det gælder for såvel patienten som for dennes pårørende. Som det fremgår, er palliation meget andet end blot smertebehandling og det er et område, der kræver nært samarbejde mellem alle de faggrupper, som kommer i kontakt med patienten.

Prostatakræft med spredning er en sygdom med et ofte årelangt forløb fra diagnosen stilles, hormonbehandling startes og måske også begynder at svigte. Hvis andre supplerende hormonbehandlinger og eventuel kemoterapi heller ikke kan holde sygdommen i ave, og der måske tilkommer nye eller flere symptomer, så nærmer tidspunktet sig, hvor lægen skal skifte fokus. Han skal i endnu højere grad end tidligere sikre, at lindringen af plagsomme symptomer ikke forringer den samlede livskvalitet, og at ethvert tiltag tager hensyn til hele patientens situation. På dette tidspunkt af livet er der ofte typiske symptomer, og nogle af disse vil i det følgende blive gennemgået. Der findes forskellige tilskudsmuligheder, som kort vil blive nævnt, og sluttelig orienteres om de muligheder for aflastning, der findes til den allersidste tid. Dette indlæg er ment som en kort praktisk hjælp til særligt hyppigt forekommende problemstillinger og ikke som en udførlig vejledning.

## Symptomkontrol

Hvis man får symptomer på sin sygdom, vil der typisk kunne være tale om smerter, lymfeophobning, træthed,

blodmangel, appetitløshed, forstoppelse og vandladningsbesvær. Ikke alle har alle symptomer, og sværhedsgraden kan variere betydeligt. Det måske hyppigste og mest frygtede symptom er smerter, hvorfor dette omtales lidt mere udførligt.

**Smerter** kan have mange forskellige årsager, lige fra forhold som ikke har noget med sygdommen at gøre, til selve kræften eller behandlingen af den. Der kan være gener fra prostata eller øvrige urinveje, gener fra forandrede lymfeknuder eller smerter fra bevægeapparatet. Sidstnævnte er hyppigt og kan være forårsaget af spredning af kræften til knoglerne, men kan også skyldes slidforandringer forværret af muskelsvækkelse eller knogleskørhed, evt. med brud på knoglerne. Før man starter en medicinsk behandling er det vigtigt, at såvel læge som patient forsøger at klarlægge den tilgrundliggende årsag. Dette er ikke nemt, men er alligevel vigtigt, for hvis man f.eks. kan afhjælpe slidbetinget smerte i ryggen med en ny madras, må det siges at være bedre end smertestillende tabletter. Fysioterapi, oplæring og aflastning skal huskes. Smerter fra urinveje på grund af afløbsproblemer kan måske aflastes med diverse katetre. Smerter i maven på grund af forstoppelse skal løses med afføringsmidler og ikke med mere smertestillende medicin. Når dette er nævnt, er det dog klart, at smertestillende medicin har stor berettigelse. Mange forskellige præparater anvendes og typisk startes med de svageste, da disse også ofte har færrest bivirkninger. Paracetamol (Pinex, Pamol) er et godt basismiddel med få bivirkninger, men i fuld dosis er det mange og store tabletter. Kan sagtens have effekt selv når der også gives store doser morfika. Hvis man er i tvivl om paracetamol stadig virker, så hold en pause med dem og test effekt ved smerteanfald. Husk at de også kan fås som stikpiller. NSAID er fællesbetegnelse for en gruppe præparater (ex. Brufen, Diclon, Celebra) med en anden og stærkere effekt end paracetamol. Der er også langt flere risici og bivirkninger, og såfremt der ikke umiddelbart er god effekt, bør man ikke skifte for meget imellem dem eller ændre dosis, men derimod til denne patientgruppe hurtigere overgå til morfika. Morfika (ex. Morfin, Contalgin, Oxycotin, Oxynorm, Durogesic, Tramadol) er ganske effektive og anvendes gerne, selvom der ofte er en betydelig bekymring hos patienten for at blive afhængig. Denne bekymring fører tit til underbehandling. Det er vigtigt at forstå, at man ikke bliver narkoman af at anvende denne medicin. Kroppen vænner sig til præparaterne hen ad vejen og efter større doser i længere tid er der udviklet fysisk afhængighed. Dette betyder egentlig blot, at man bør trappe langsomt ned ved op-

hør i stedet for at stoppe brat. Den fysiske afhængighed har INTET med psykisk afhængighed (egentlig narkomani) at gøre, og bør ikke forhindre ordentlig smertelindring. Personer med smerter, som indtager disse præparater, får ikke et "sus" herved; der mærkes lettelse på grund af smerteophør. Der findes mange forskellige præparater og mange måder at give dem på. Der er tabletter, plastre, stikpiller, sugetabletter og også indsprøjtninger i underhuden eller blodbanen. Alt dette muliggør sikker smertelindring, også til sidst i forløbet, og også selvom man undervejs har fået store doser. Der er derfor ikke grund til at "spare". Man kan sommetider med fordel skifte mellem de forskellige præparater. Sædvanligvis gives såvel fast et depotpræparat (ex. Contalgin eller Oxycontin) med langtidsvirkende effekt og et hurtigvirkende middel (Morfin eller Oxynorm), der kan indtages ved behov. Når dosis af det faste præparat øges, bør dosis på behovsmedicinen tilsvarende justeres. Generelt gælder, at ca. 1/6 af den totale døgndosis af depotpræparatet kan tages ved behov. Dvs. ved en dosis Contalgin på 45 mg x 2 daglig = 90 mg, kan der ved behov tages  $90/6 = 15$  mg morfin. De fleste morfika giver forstoppelse, og det er sædvanligvis nødvendigt at give afføringsmidler for at holde gang i maven, ofte både peristaltikfremmende (ex. Picolon, Laxoberal), samt noget der øger volumen (ex. Magnesia, Laktulose). Der findes også pulvere til opløsning (Movicol), som kan være ganske effektive. Mod særlige smertetyper findes der *andre midler*, som kan anvendes, ex. Gabapentin og midler mod depression, ligesom binyrebarkhormon og Zometa også kan afhjælpe smerter. Endelig skal man huske, at en lokaliseret knoglesmerte forårsaget af spredning af kræften ofte effektivt kan afhjælpes af *strålebehandling*, ligesom *kemoterapi* kan være smertelindrende. Psykisk smerte kan vise sig som fysisk smerte, og indimellem kan samtale, evt. med psykolog eller præst, være et nyttigt supplement.

**Lymfephobning**, typisk i et eller begge ben, er meget generende og kan også give gangbesvær og sår. Kan afhjælpes med daglig, forsigtig hudpleje og beskyttelse mod sol og varme. Elastisk støttebind, som tages af om natten, kan også gavne, ligesom en elevationsmadras. Sommetider kan vanddrivende medicin hjælpe, dog primært hvis der også er et element af væskeophobning. Binyrebarkhormon kan mindske tumortryk og dermed lette passagen via de blokerede lymfebaner. Såfremt dette ikke er nok, kan egentlig lymfødembehandling komme på tale. Denne gives af en specialuddannet fysioterapeut, eventuelt i hjemmet, og består af en blid og behagelig massage, suppleret med øvelser, hudpleje samt bandagering. Behandlingen er meget effektiv til at reducere smerter og spæn-

dingsfornemmelse. Man kan selv kontakte og betale en fysioterapeut, eller man kan få bevilget behandlingen efter indstilling fra sin læge og efter søgning af et særligt medicintilskud. Liste over behandlingssteder i hele landet kan ses på <http://faggrupper-fysio.inforce.dk/sw8688.asp>.

**Træthed** er et meget almindeligt symptom og kan skyldes mange forhold. Lav blodprocent er en hyppig årsag, og andre årsager kan være bivirkninger ved medicin, væskemangel, infektioner, depression og spekulationer, samt prostatakræften i sig selv. Hvis det er muligt, behandles udløsende faktorer først. Dvs. justering af medicin, sikring af bedre smertebehandling, blodtransfusion/jernbehandling mm. Der kan muligvis gives opkvikkende medicin i form af binyrebarkhormon. En meget vigtig faktor er imidlertid en prioritering af de daglige aktiviteter til de kræfter, man nu har. Det er ofte nødvendigt med et eller flere planlagte hvil i løbet af dagen, og det er vigtigt at forsøge at opretholde en døgnrytme, så man måske kan sove lidt mere sammenhængende om natten.

**Appetitløshed** kan være et stort problem, sommetider mest for de pårørende. Ved almen svækkelse på grund af sygdommen bliver man ofte hurtigt mæt eller er for træt til at spise. Hvis der er dårligt behandlede smerter, kvalme, forstoppelse, depression eller måske mundhulesvamp, kan appetitten også påvirkes negativt. Forstyrrelser i salt- og væskebalance for eksempel ved nyrepåvirkning kan også spille ind. Når disse faktorer måske er afhjulpet, er det vigtigt at afklare, om den syge savner at være sulten og have lyst til mad. Hvis dette er tilfældet, kan appetitten sommetider stimuleres med binyrebarkhormon. Hvis manglen på appetit ikke er et tab, udover en følelse af, at man jo bør spise noget, og måske hele tiden bliver nødet, så må de pårørende inddrages. Orientering om, at det er normalt og naturligt at appetitten svinder på dette tidspunkt, og at ernæring, eventuelt som indsprøjtning, IKKE ændrer i sygdommens forløb, kan gavne alle parter. Generelt er små, hyppige og kalorietætte måltider at anbefale. Måske mere flydende frem for fast føde, og servering af små portioner på små tallerkner i rene omgivelser.

### Tilskudsmuligheder

**Cancerlegat** uddeles via Kræftens Bekæmpelse. Kan søges af alle med en cancerdiagnose stillet for mindre end to år siden. Blanketten kan udleveres via egen læge, via hospitalet eller man kan selv hente den på deres hjemmeside: [www.cancer.dk](http://www.cancer.dk). Blanketten skal underskrives af en læge og legatet er afhængig af ens formue og indtægtsforhold.